

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

N°

79

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MASPOLI (Jean)

Né le 7 Juin 1913, à Ajaccio (Corse)

Présentée et soutenue publiquement le

15 AVR 1943

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES COUSSINETS DES PHALANGES

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MASPOLI (Jean)

Né le 7 Juin 1913, à Ajaccio (Corse)

Présentée et soutenue publiquement le 19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES COUSSINETS DES PHALANGES

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1943

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale.....
 Chimie médicale.....
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générale....
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.
 Pathologie expérimentale et comparée ...
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des ma-
 ladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphi-
 litiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....

Clinique urologique

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....

Clinique chirurgicale infantile et ortho-
 pédie

Clinique thérapeutique médicale.....

Clinique oto-rhino-laryngologique.....

Clinique thérapeutique chirurgicale.....

Clinique propédeutique.....

Clinique de la Tuberculose.....

Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-
 dulte

Clinique cardiologique

Clinique de neuro-chirurgie

Assistance Médico-Sociale.....

Professeurs sans chaire

ROUVIÈRE.
 LÉON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI
 GASTINEL.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 N...
 QUÉNU.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 DUVOIR.
 LEVY-VALENSI.
 HENRI BENARD
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 HARVIER.
 PASTEUR-VALLERY-RADOT.

CATHALA.
 ROBERT DEBRÉ.

I AIGNEL LAVASTINE.

GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE
 MONDOR.
 GOSSET
 CADENAT.
 LENORMANT.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 PORTES.
 LEVY-SOLAL.
 MOCCOU.

LEVEUF.
 LOEPER.
 LEMAITRE.
 BROCO.
 M. VILLARET.
 TROISIER.

MATHIEU
 DONZÉLOT.
 CLOVIS VINCENT.

N...
 DOGNON.
 GIROUD.
 HAZARD.
 JAYLE.
 JOANNON.
 OLIVIER.
 VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale..... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANCON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale..... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale DELAY.
 Physique DESGREZ H.
 Médecine légale DESOILLE.
 Obstétrique DIGONNET.
 Physique DOGNON.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie GALLIARD.
 Pathologie médicale..... GARCIN.
 Anatomie pathologique . Mlle GAUTHIER-VILLARS

MM.

Pathologie médicale:.... DE GENNES.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie médicale ... LENEGRE.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale ... MOLLARET.
 Pathologie médicale MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale . PATEL.
 Pathologie chirurgicale . PETIT-DUTAILLIS.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale . SENEQUE.
 Pathologie chirurgicale . SICARD.
 Pathologie médicale SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale TURPIN.
 Pathologie chirurgicale . WILMOTH.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.

MM.

Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.

IV. — AGREGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
BRULÉ.
CHABROL.
CHEVALIER.
LAROCHE G.
LIAN.
MOREAU.
SEZARY.

Clinique
médicale.

MM.
BASSET.
GATELLIER.
de GAUDART
d'ALLAINES
MOULONGUET
MOURE.

Clinique
chirurgicale

MM.
ECALLE
VIGNES

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Stomatologie

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDOUX-LEBARD.
DECHAUME.
N...

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE DOMINIQUE

*Faible témoignage de mon
affection et de ma reconnais-
sance. Toujours à mes côtés
aux bons comme aux mauvais
jours, je lui dois d'avoir pu
accomplir mes études.*

A MON FRERE ANDRE

A MON FRERE MARTIN

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. JAUSION
(du Val de Grâce)

Médecin-Chef des Laboratoires de l'Hôpital Franco-Musulman
Officier de la Légion d'Honneur

Pendant la guerre, malgré les graves soucis que lui imposait la direction de l'Ambulance de Lenoncourt, il sut nous faire profiter mes camarades et moi de ses précieuses leçons.

Je le prie de croire à ma sincère gratitude pour l'aide totale qu'il m'a apportée dans la rédaction de ce travail, inspiré par lui.

Qu'il veuille trouver ici l'hommage de ma reconnaissance et de ma respectueuse affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

Qu'il veuille bien accepter l'hommage de ma gratitude pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de présider cette thèse.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR VERNIER

Médecin de l'Hôpital de Versailles
Médecin-Chef de la Lutte Antivénérienne
du département de S.-et-O.
Chevalier de la Légion d'Honneur

A qui je suis profondément reconnaissant de l'affectueuse bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

A MESSIEURS :

SEZARY (Professeur à la Faculté de Médecine de Paris) ;

BOLGERT ;

TOURAINÉ (Médecin de l'Hôpital Saint-Louis) ;

DUPERRAT ;

COSTE (Médecin des Hôpitaux de Paris) ;

SICARD.

Je les remercie de l'obligeance avec laquelle ils m'ont communiqué leurs observations personnelles ayant trait à ce travail.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBE

(in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DUVAL

(in memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX-BERGER

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE VERSAILLES

A TOUS MES BONS CAMARADES

DE L'INTERNAT DE L'HÔPITAL DE VERSAILLES

HISTORIQUE

Les Coussinets des Phalanges ont été pour la première fois décrits sous le nom de « Pads upon the finger joints », par Archibald GARROD, en 1893, dans le St. Bartholomews'Hospital Reports et cette brève relation qui ne concernait que trois cas, reçut plus tard confirmation de son auteur, sous les espèces d'une étude parue le 2 juillet 1904, dans le *British Medical Journal*.

Peu après, Sir W. HALE WHITE, en 1908, H. WALLACE JONES, en 1923, G. HAUCH en 1924 ont décrit de ces productions, que les auteurs anglais appellent du nom de « Knuckle pads » qu'en 1938, KRANTZ dénomme à son tour « Finger Knöckel Polster » tandis qu'ARTZ, en 1924 avait proposé pour elles la rubrique de « Tylositas symmetrica hallucis ».

W. L. L. CAROL, E. L. J. MOUWEN, C. POSTMA et J. R. PRAKKEN et H. A. Van ZWIJNDREGT, adoptent à cette même intention la locution plus simple de « Tylositas articuli ». (Du grec Tulos : durillon).

Entre autres auteurs, L. HALLINGER, F. PARKES WEBER, Th. M. Van LEEWEN, KLAUS GOYERT de ROSTOCK, ont relaté des cas de « Knuckle Pads », dont on a,

depuis GARROD, signalé la possible coïncidence avec la maladie de Dupuytren. H. H. WÖRNER, qui, dès 1911, traitait de ces formations anormales, les distinguait de l'Helodermie de Gottron, tout comme elles doivent l'être, selon les auteurs hollandais, des fibromes périarticulaires de Savatard (De Manchester).

M. TOURAINE a traduit les vocables de « Knuckle Pads » et de « Finger Knöckel Polster » par le terme de Coussinets des Phalanges.

Si l'on tient pour d'essence différente les Kératomes de Milian, MM. JAUSION, CAILLIAU, CALOP et CHALOPIN semblent avoir publié, en mai 1942, le premier cas français dûment catalogué de cette affection, dont, en novembre de la même année, MM. TOURAINE, SÉZARY et BOLGERT, MM. COSTE, MARCERON et Mlle TISSIER, ont produit trois observations simultanées, ce qui semble supposer une moindre rareté que ne l'impliquerait le laconisme des revues françaises jusqu'à ces derniers mois.

DESCRIPTION CLINIQUE

Des Coussinets des Phalanges, PARKES WEBER a donné, en 1938, un tableau clinique que nous reproduisons dans ses traits les plus essentiels.

Ce sont des nodules fibreux, siégeant dans le derme ou l'hypoderme, à la face d'extension de la première articulation interphalangienne de un, ou plus généralement de plusieurs doigts. Il est rare qu'ils flanquent des interphalangiennes plus distales (WALLACE JONES), et WEBER ne les a jamais observés aux pouces. Les orteils peuvent être également affectés ainsi que nous le montre une des observations d'Archibald GARROD.

Aisément mobiles sur le plan osseux, ils sont étroitement soudés à un tégument de couleur normale, mais de réaction tant soit peu hyperkérastotique à leur niveau. La radiographie décèle des segments ostéo-articulaires sous-jacents.

Ces productions varient de la taille d'un petit pois à celle d'une petite noisette. Elles ne sont que rarement sensibles ou douloureuses, et ne suscitent aucun trouble, en dehors de la légère disgrâce qu'elles entraînent. Cependant il peut se faire que ces produc-

tions soient très sensibles au toucher spécialement par les temps humides, ou lors de la flexion des doigts.

Les Coussinets des Phalanges commencent parfois par l'une des faces digitales, et débordent graduellement sur l'articulation. Ils atteignent généralement leur taille maximum en un petit nombre de semaines ou de mois et la peau qui les recouvre est de couleur normale.

ASSOCIATIONS MORBIDES

PARKES WEBER déclare que chacun sait l'association relativement fréquente des Coussinets des Phalanges et de la maladie de Dupuytren.

Classiquement alléguée depuis GARROD, elle est loin d'être constante. WALLACE JONES l'a trouvée dans l'un de ces deux cas.

M. COSTE souligne qu'il a pu observer une maladie de Dupuytren d'origine microtraumatique et professionnelle, chez le père d'une patiente, elle-même atteinte de callosités dorso-digitales, et qu'il y aurait lieu de conclure à l'origine génétique des deux lésions qui rentrent dans le cadre d'une commune prédisposition du tissu conjonctif et de la peau. A ce sujet, MM. COSTE et SICARD ont fait une communication à la Société de Médecine Légale (Séance du lundi 11 janvier 1943) dont on trouvera l'essentiel au chapitre des observations.

Quelques temps après, MM. COSTE et SICARD devaient observer chez un dentiste l'existence simultanée de Maladie de Dupuytren et de Coussinets des Phalanges apparus en même temps que la rétraction de l'aponévrose palmaire, et cela sans microtrauma-

tisme causal. Dans les antécédents familiaux on notait que le grand-père maternel et un frère de ce dernier avaient eu les derniers doigts recroquevillés (à partir de 50 ans) et des « bosses dans les mains ».

Cependant les auteurs hollandais tiennent cette association pour accidentelle et il faut reconnaître qu'elle manquait aux cas signalés par MM. JAUSION, TOURAINE, SÉZARY et BOLGERT.

Notons encore la coexistence de Knuckles Pads et de Nodosités d'Heberden ; (GARROD).

Bien qu'évoquant à propos de maladie de Dupuytren la camptodactylie de Landouzy, PARKES WEBER déclare ne l'avoir jamais vu coïncider avec les Cousinets des Phalanges.

MM. SÉZARY et BOLGERT disent avoir observé chez une patiente la concomitance de Knuckle Pads et d'un état sclérodermique des avant-bras.

KLAUS GOYERT, de Rostock, a vu conjointement, chez un même sujet, Nodules des Trayeurs et Cousinets des Phalanges.

OBSERVATIONS

OBSERVATION n° 1 (GARROD, cas n° 1).

Jeune homme : 20 ans. Scribe.

A toujours été en bonne santé, et ne présente aucun signe de maladie organique.

De nombreux ascendants de cet homme ont souffert beaucoup de la goutte, son grand-père paternel particulièrement.

Sa mère a beaucoup souffert de rhumatisme chronique. Son père était porteur d'une maladie de Dupuytren. En examinant les mains de ce jeune homme on est frappé immédiatement par leur aspect particulier.

Du volume d'une petite noisette, des nodules s'observent au niveau des articulations interphalangiennes de plusieurs doigts. En faisant fléchir ces derniers on remarque que ces productions se montrent plus apparentes.

A leur niveau la peau se montre normale et parfaitement mobile.

Les nodules qui siègent sur l'autre main, sont plus durs, sont moins mobiles que ceux du côté opposé, et les mouvements qu'on leur donne sont assez limités

sur les plans sous-jacents. Les doigts en flexion complète, ils deviennent immobiles.

Sur la main droite : quatre nodules : les deux premiers sont situés à la face dorsale de la première articulation interphalangienne du médius et de l'annulaire, les deux autres sur le pouce, l'un à la face dorsale de ce doigt, l'autre à la face interne.

Sur la main gauche, deux nodules : le premier appartient à la première articulation interphalangienne de l'index, l'autre de l'annulaire.

Poussant l'examen de ce jeune homme plus loin, on découvre à l'extrémité du gros orteil gauche une production qui semble de même nature que celles examinées aux doigts.

Le malade se plaint de ce que ces formations sont douloureuses, surtout s'il lui arrive d'écrire beaucoup. Certains jours où il ne se sent pas bien du point de vue de son état général, il lui semble remarquer que les nodules augmentent de volume.

Les autres articulations de son corps ne sont pas douloureuses.

Le malade s'est aperçu du mal dont il était atteint à l'âge de treize ans. Les nodules ont grossi régulièrement. Les derniers apparus sont ceux qui siègent sur le pouce.

Dans sa famille on remarque que deux de ses frères ont précisément les mêmes nodules aux doigts.

Il ne se connaît pas de cousin germain du côté paternel, mais croit bien que quelques-uns de ses cousins issus de germain sont atteints de mal semblable.

Son frère aîné a pu noter que l'un de ses nodules était survenu à la suite d'un traumatisme.

OBSERVATION n° 2 (GARROD, cas n° 2).

Une femme âgée de 50 ans et souffrant de bronchite chronique vient consulter en novembre 1889 à l'Hôpital de l'Ouest de Londres.

On ne note chez elle aucun antécédent personnel.

Dans sa famille, personne n'a souffert de goutte ou a été atteint de rhumatismes. L'exploration de ses articulations ne révèle aucun signe de rhumatisme.

Sur l'articulation distale de son index droit on remarque des nodules d'Heberden typiques. De plus situés à la face dorsale des doigts au niveau des premières articulations interphalangiennes débordant légèrement sur la face interne, on remarque des productions semblables à celles citées dans la première observation. Mobiles sur les plans sous-jacents, élastiques, les doigts en extension, elles deviennent fermes au toucher. Ces nodules sont situés sur le médius et le petit doigt à droite, et sur l'annulaire et le petit doigt à gauche.

Jamais ils ne se montrent sensibles ou douloureux.

Cette dame a remarqué le début de l'existence de ces formations à l'âge de 17 ans.

Employée alors comme domestique, elle attribue au fait d'avoir frotté le parquet la genèse de ces nodules.

OBSERVATION n° 3 (GARROD, cas n° 3).

Homme âgé de 43 ans. Métier : Scribe.

Bonne santé apparente, aucun antécédent personnel ou familial de goutte ou de rhumatisme.

Aucun autre membre de sa famille n'est semblablement atteint. Il a remarqué l'apparition du premier nodule à l'âge de treize ans. Il attribue sa formation au fait de traumatismes répétés, en frottant les murs avec ses doigts alors qu'il jouait.

Ici encore les formations sont plus petites que celles du premier malade.

Ces nodules siègent au niveau de la face dorsale de la première articulation interphalangienne des doigts.

A droite, ils sont situés sur l'index et le petit doigt, à gauche sur le médius et l'articulation distale du cinquième doigt.

Ressemblant à un nodule rhumatismal, on remarque une de ces formations plus petite que les précédentes, sur le tendon extenseur du cinquième doigt droit ; le malade attribue la formation de ce dernier élément situé à cheval sur l'articulation métacarpophalangienne à un léger traumatisme.

Quant aux autres connus depuis longtemps, ils avaient progressivement augmenté de volume.

Aucune douleur de ressentie, si ce n'est lorsque les doigts sont complètement fléchis.

Il est très intéressant d'observer un début de rétraction de l'aponévrose palmaire à la main gauche.

OBSERVATION N° 4 (WALLACE JONES, cas n° 1).

Homme âgé de 39 ans. Métier : Chauffeur.

Il y a de cela 7 ans, ce malade a souffert de dou-

leurs rhumatismales aux doigts. L'année suivante, à des intervalles de deux mois, sont apparus des nodules siégeant au niveau des articulations interphalangiennes des doigts. Les doigts en question sont le médius, l'annulaire et le petit doigt.

Ces productions sont douloureuses et sensibles au toucher, surtout par temps humide. En même temps que des nodules le malade est atteint de rétraction de l'aponévrose palmaire et cela d'une façon bien nette à droite.

Aucun membre de sa famille n'est atteint pareillement.

OBSERVATION N° 5 (WALLACE JONES, cas n° 2).

Homme âgé de 42 ans : Maître d'école.

A souffert de douleurs rhumatismales à l'épaule droite, jamais aux mains. On remarque des nodules aux crêtes iliaques. Aucun signe de rhumatisme articulaire n'est noté.

Ces nodules sont apparus trois ans environ auparavant.

Ils siègent à la face dorsale du premier interligne interphalangien des doigts, spécialement marqués sur le médius et les annulaires des deux mains.

OBSERVATION N° 6 (MM. JAUSION, CAILLIAU, CALOP et CHALOPIN).

Une jeune femme, nullipare, âgée de 25 ans, et indemne de tout antécédent morbide, nous montre

des nodosités saillantes, de consistance ferme mais dépressible, d'un relief de 2 à 5 millimètres, en même temps que d'un diamètre un peu supérieur, qui siègent au nombre de 5, sur le dos des articulations phalango-phalanginiennes de l'index du médius et de l'annulaire droits, puis de l'index et de l'annulaire gauches. Aucune différence de coloration, aucun accident de surface, ne les distingue du tégument avoisinant. Le début s'est fait en 1934, alors que la malade était bonne dans un café. Le premier élément apparut au majeur de la main droite. En dépit de multiples prescriptions tant externes qu'internes, l'évolution fut progressive jusqu'à l'état actuel. Elle ne fut nullement influencée par la profession de métallurgiste, qu'exerce maintenant notre patiente.

Deux radiographies des mains, dont l'une de 1934, et l'autre faite à notre demande ne révèlent de lésions, ni osseuses, ni articulaires.

L'examen général ne décèle aucune tare. La sérologie (B. W., Vernes péréthynol, Vernes résorcine, gono-réaction) est strictement négative.

Les tests intradermiques des mycoses ne donnent aucune réponse. La cuti-tuberculinique et l'intradermo-glucidique ne témoignent que d'une sensibilité allergique tout à fait banale. La formule hématimètre est sans intérêt. Le chimisme sanguin, celui du calcium (92 mgr. 0/00) et des stérols en particulier, n'accuse que des chiffres sensiblement normaux. Pourtant le cholestérol total est à 1,73, et le rapport d'estérification est de 40 %. La glycémie est à 0,90 0/00.

Une biopsie est pratiquée sur l'élément de l'index gauche.

La recherche dans un fragment du Bacille de Koch et des mycètes, demeure parfaitement inopérante. Il n'y a aucun microbisme.

(Le résultat de l'examen histopathologique est donné en entier au chapitre de l'histopathologie).

OBSERVATION n° 7.

KÉRATOMES DES DOIGTS

Coussinets des Phalanges et Sclérodermie

(Observation due à l'obligeance de M. le Professeur SÉZARY et de M. BOLGERT).

Voici un cas de « Coussinets des Phalanges » dont les rapports avec une sclérodermie progressive paraissent indiscutables.

G... Marie-Louise, 31 ans, assistante sociale consulte le 25 septembre 1942 pour des lésions kératosiques arrondies mesurant environ un 1/2 centimètre de diamètre, légèrement bombées siégeant à droite au niveau des phalanges et des phalanges du médius et de l'auriculaire, à gauche au niveau des mêmes articulations et en plus de celle de la phalange avec la phalangette du médius. Développement progressif depuis quelques années. Depuis 1933, la malade a des syncopes des doigts en nageant. Actuellement elle en a de plus, spontanément en hiver. À noter que la peau des avant-bras est infiltrée et se

plisse notablement moins qu'à l'état normal. Sur les deux épaules quelques petites taches blanches du type morphée en gouttes. Bon état général, pas de signes d'hyperthyroïdie, divers appareils normaux.

Biopsie et examen histopathologique

1°) Lésions en bordure : très importante hyperkératose (20 à 30 fois l'épaisseur normale). Hyperacanthose plus discrète avec élargissement des crêtes interpapillaires. Derme normal quant à sa cytologie, mais un peu scléreux et œdématié. Infiltrat inflammatoire, et sclérose discrète périsudoripare. Hypoderme scléreux avec un gros vaisseau à parois épaisses et nombreux petits vaisseaux les uns entourés d'un infiltrat hystiocytaire, les autres oblitérés (vascularité importante).

Les capillaires du derme papillaire sont dilatés et leurs cellules pariétales sont turgescentes.

2°) Partie centrale de la lésion : sur un épiderme hyperkératosique et hyperacanthosique bien coloré on trouve un tissu conjonctif très fortement acido-phile d'aspect gonflé et dont les noyaux ne sont pas colorables. Il s'agit d'une névrose fibrinoïde que l'on peut rattacher aux lésions vasculaires.

OBSERVATION N° 8.

*Nouveau cas de coussinets des phalanges,
sans autre détermination conjonctive*

par MM. JAUSION, F. CAILLIAU et J. MASPOLI

Notre malade, une manutentionnaire en chaussures, âgée de 33 ans, est venue consulter à Bobigny, le 6 février 1943, pour des placards érythémato-squameux pityriasiformes de la face interne des cuisses, des régions axillaires et des seins, lésions que la stérilité des squames, et la positivité des tests mycotoxiniens, permettent de rapporter à l'allergie mycosique.

C'est au cours de notre examen que nous découvrons, sur la face dorsale de l'articulation phalango-phalangienne de l'index gauche, un nodule corné, légèrement douloureux à la pression, et mobile sur le plan ostéo-articulaire. Il infiltre l'hypoderme et déforme les plis cutanés.

Son apparition remonte à un mois. D'abord minuscule, il n'a pas tardé à s'étendre à toute la face dorsale de l'articulation interphalangienne.

Le squelette sous-jacent n'est pas atteint.

Cuti-réaction tuberculinique, et intradermo-réaction glucidique sont faiblement positives.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

L'exploration somatique ne décèle aucun trouble tant organique que fonctionnel. Seule, la tension artérielle est basse : 12,5 mx — 8 mn. (Vaquez et Laubry). L'examen du tégument dans son ensemble révèle pourtant :

a) quelques callosités professionnelles des paumes, de siège métacarpophalangien, thénarien ou hypothénarien, selon les cas.

b) une verrue plantaire au pied droit, verrue qui daterait de trois à quatre années.

c) de petits troubles circulatoires des extrémités,

sous forme de cyanose intermittente des doigts et du nez ;

d) de fréquentes poussées d'herpès génital, à échéance le plus souvent cataméniale.

L'épisode d'eczéma, cause de l'instance, est la première réaction cutanée caractérisée que fasse la malade : elle a d'ailleurs perdu le souvenir de son intertrigo premier. Elle allègue néanmoins quelques poussées urticariennes antérieures.

Elle ne témoigne, ni de tendance à la sclérodermie, ni de rétraction tendineuse.

Une biopsie totale de la callosité dorso-phalangienne montre : une *couche cornée* très épaisse, qui égale l'épaisseur du corps muqueux, et comporte une kératine hyaline, homogène, compacte, sans tendance à l'exfoliation ;

une *couche granuleuse* très épaisse, et qui présente jusqu'à 7 à 8 assises dans les zones les plus riches. Elle comprend des strates d'éléidine en grains, où les noyaux sont encore visibles, et des couches plus nombreuses d'éléidine diffuse, en plaques qui masquent le noyau. Les strates profondes sont composées de cellules à vacuole juxtanucléaire.

un *corps muqueux de Malpighi*, très acanthosique, émettant des crêtes interpapillaires longues. Les cellules filamenteuses ont gardé leur exoplasme polyédrique : leur noyau est pycnotique, anguleux, et souvent entouré d'une vacuole. Plus profondément, les cellules filamenteuses ont conservé noyau et nucléole ; leur cytoplasme présente la lésion dite « altération cavitaire de Leloir ». Près de la couche

germinative, les cellules filamenteuses sont à peu près normales.

une couche germinative, dont les palissades de cellules sont assez régulières ; leurs filaments s'incurvent et paraissent intervenir dans la constitution de la vitrée basale. Les mitoses y sont d'abondance moyenne. Les cellules de Merkel-Ranvier sont plus nombreuses que normalement.

un corps papillaire, dont chaque papille est centrée par un capillaire, très ectasié, remplissant presque l'espace limité par les crêtes épidermiques.

Autour des vaisseaux, on distingue un anneau de sclérose. Cet anneau est hyalin, ou fibrillaire ; plus rarement, il est parsemé de cellules inflammatoires (lymphocytes, fibrocytes, histiocytes), et parfois de chomatophores tatoués de mélanine. Plus profondément sont d'énormes ectasies capillaires qui rampent souvent, parallèles à la basale. Elles sont encerclées de collagène hyalin ou fibrillaire, et parfois même, entourées de cellules inflammatoires, où prédominent les fibrocytes et les histiocytes.

un derme moyen, qui accuse de la sclérose fibrillaire collagène, un tissu élastique augmenté, des capillaires ectasiés, et dont l'épithélium est parfois multistratifié. Un manchon de cellules inflammatoires, dans lequel on décèle, à côté des fibrocytes et de quelques lymphocytes, des histiocytes qui y prédominent, entoure ces capillaires. A leur périphérie se voient souvent des amorces d'angioformations, marquées par une fissure de la paroi de l'endothélium, et l'existence de trajets qui se tapissent de cellules endothéliales.

un derme inférieur, dans lequel, au sein de la sclérose, on distingue de rares reliquats d'appareils pilo-sébacés et de trajets sudoripares involués. Sur toute la hauteur du derme, indépendamment de ces ectasies, s'observent des artérioles à parois épaissies qui offrent toutes les lésions de la panartérite oblitérante, lésions qui vont parfois jusqu'à l'oblitération totale du vaisseau.

En conclusion, il s'agit d'un cas de Knuckle pads bien caractérisé, mais strictement monosymptomatique.

Les anamnestiques ne révèlent aucun fait génétique.

A noter que l'extirpation de la callosité, bien que récente, paraît devoir être suivie de récurrence.

OBSERVATIONS 9 et 10 (de MM. COSTE et SICARD).

A propos de l'observation d'un mouleur en fonte atteint, comme 4 autres ouvriers de la même usine, de Maladie de Dupuytren et d'Hyperkératose palmaire, MM. COSTE et SICARD remarquent que « cet homme (indemne par ailleurs de toute tare viscérale ou humorale visible, et d'antécédents pathologiques notables), a depuis l'enfance, depuis la naissance peut-être, sur la face dorsale de toutes les articulations interphalangiennes proximales des doigts, des « coussinets des phalanges » pour employer l'expression récemment proposée par M. TOURAINE. Or, continuent-ils, « sa fille était

« venue nous consulter peu auparavant pour la même lésion, apparue à la même jointure, sur le médius droit, dès la naissance, et, l'année dernière sur 2 autres doigts (en l'absence de tout traumatisme ou microtraumatisme). Elle jouit par ailleurs d'une excellente santé, et l'on ne découvre chez elle aucune affection latente : fille unique, elle n'a pas d'enfants. Il a été impossible de remonter plus haut dans l'histoire de cette famille. Mais un tel fait suffit à rendre très vraisemblable la transmission génétique de ces callosités dorso-digitales, probablement par dominance, car il n'existe aucune consanguinité dans la famille. M. TOURAINE a trouvé dans la littérature, un fait exactement superposable : coussinets des phalanges chez le père et la fille.

« Toutefois, nous n'étions guère enclins à établir un rapport entre les coussinets des phalanges et la maladie de Dupuytren lorsque le cas suivant s'est présenté à nous :

« M. Duc., 28 ans, dentiste, nous consulte le 14 mai 1942. Depuis 1935, il souffre d'une maladie de Dupuytren, dont on ne peut trouver la cause dans un microtraumatisme, professionnel ou autre. Elle a débuté aux annulaires par des nodosités indurées des paumes, puis s'est étendue aux autres doigts. Actuellement, l'auriculaire droit est complètement fermé, et les autres doigts, à droite et à gauche, commencent à se fléchir. Depuis quelques mois, le malade éprouve une petite douleur à l'épaule gauche, et le bras ne se lève pas jusqu'à la verticale.

« Enfin, depuis une semaine, est apparu, à gauche,
« un hygrome olécrânien indolore, sans microtrau-
« matisme causal, semble-t-il, en même temps que
« la rétraction palmaire, et d'aspect un peu verru-
« queux.

« Le malade est comitial depuis l'âge de 10 ans. Il
« n'a pas de troubles neurologiques objectifs, on ne
« lui trouve aucun stigmate évident d'hérédo-syphi-
« lis. La cause de la comitialité reste inconnue. Acné
« juvénile chéloïdienne.

« Son père serait mort à 54 ans d'un cancer du
« cardia. Son grand'père maternel et un frère de ce
« dernier ont eu les premiers doigts recroquevillés
« (à partir de 50 ans), et des « bosses dans les
« mains ».

« Les réactions de B. W., Hetch, Kahn, la gono, la
« strepto, la staphylo-réaction et la réaction de Bes-
« redka, sont négatives. Les radiographies des épau-
« les et du rachis cervical ne montrent pas d'ano-
« malies.

« La biopsie d'un coussinet n'a montré (comme
« chez la malade précédente, que de l'hyperkératose,
« et un peu d'hypergranulose. Celle de l'hygroma
« fait voir un tissu conjonctif dense à la périphérie,
« plus jeune et plus riche en néocapillaires à la par-
« tie cervicale, sans métachronaxie.

« Il y a donc ici, sans microtraumatisme, coïnci-
« dence chronologique entre la formation d'une ma-
« ladie de Dupuytren et de Coussinets des Phalanges.
« De plus, la maladie de Dupuytren semble ici héré-
« ditaire. Or, nous avons vu que, dans le cas précé-

« dent, c'étaient les coussinets phalangiens qui s'affirmaient, eux aussi, héréditaires. Ne fait pas une maladie de Dupuytren qui veut. Sur les 23 mouleurs de l'usine, 5 seulement en présentaient une. Il n'est pas interdit de penser qu'ils s'y trouvaient déjà prédisposés. De nombreuses observations paraissent indiquer la nature partiellement génétique de la rétraction de l'aponévrose palmaire. L'hérédité a été retrouvée, dans une proportion qui varie, selon les statistiques, de 6 à 40 %. Schroder, qui arrive à ce taux élevé de 40 %, admet, ainsi que d'autres auteurs, une transmission par dominance; il y aurait une proportion élevée de conducteurs. On a noté la concordance chez les jumeaux uniovulaires.

« Donc, hérédité, et peut-être hérédité liée des Coussinets et de la rétraction palmaire, telle est la première question posée par nos observations. Mais, en montrant la parenté possible de ces deux lésions, elles évoquent le problème plus général de leurs rapports avec d'autres gibbosités. Nous avons vu des Coussinets des Phalanges dans des polyarthrites chroniques, et l'on a remarqué, qu'outre sa maladie de Dupuytren, notre deuxième malade avait des phénomènes rhumatismaux, un hygroma du coude, et une acné chéloïdienne. MM. SÉZARY et BOLGERT ont récemment signalé l'association entre Coussinets des phalanges et sclérodémie. Or cette dernière affection peut s'accompagner de maladie de Dupuytren (LÉCHELLE, BARUK et DORADY), et d'une polyarthrite chronique. La

« maladie de Dupuytren de son côté peut toucher
« les aponévroses plantaire ou poplitée ; on a noté
« sa coexistence avec les chéloïdes, avec l'induration
« des corps caverneux (parfois en linkop familial).
« Ces faits ont frappé maints auteurs, les amenant à
« considérer la rétraction de l'aponévrose palmaire,
« non comme une simple affection locale, mais com-
« me l'effet d'une prédisposition plus générale du
« tissu fibreux. Quant à savoir s'il faut, derrière cette
« prédisposition, penser aux paratyroïdes, comme
« quelques faits disparates de cataracte endocri-
« nienne associée, avec hypercalcémie, et abaisse-
« ment des chronaxies (M. LABBÉ, J. BESANÇON et NEP-
« VEUX), ou d'assouplissement de la rétraction pal-
« maire par la parathormone ou la parathyroïdecto-
« mie, ont permis de la soutenir, c'est une question
« beaucoup moins claire. D'autant que, dans la mala-
« die de Dupuytren, les facteurs locaux (microtrau-
« matisme, infection), ou régionaux (affections neuro-
« logiques, médullaires ou plexuelle : rhumatisme
« cervical) jouent un grand rôle.

« Toutes ces considérations témoignent donc de la
« complexité des problèmes. Qu'il s'agisse de la ma-
« ladie de Dupuytren ou de toute autre affection,
« l'origine professionnelle, même dans les cas les
« plus probants, est loin de résumer toute l'étiologie.
« La prédisposition du terrain intervient, comme tous
« les auteurs y insistent aujourd'hui à juste titre ».

OBSERVATION N° II.

MM. TOURAINE et DUPERRAT, à l'obligeance desquels nous devons le présent résumé, rapportent, à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, lors de sa séance du 11 mars, l'observation d'un homme de 34 ans, opéré à plusieurs reprises de polypes nasopharyngiens, qui ont suscité dans son enfance des épistaxis très abondantes.

Le sujet a également de volumineuses hémorroïdes.

Il présente depuis trois ou quatre mois, trois petits noyaux scléreux du corps caverneux gauche, nodosités qui commencent à provoquer la déviation de la verge au cours de l'érection.

Il a de plus une rétraction de l'aponévrose palmaire gauche, dont la sclérose intéresse les tendons des 4 doigts.

A la face interne des cuisses, il porte, parallèles et verticales, quatre longues vergetures, de couleur violacée.

Il accuse en outre une très grande vulnérabilité cutanée, que signent, notamment aux mains, de nombreuses petites cicatrices gaufrées.

Il est affligé de 5 lipomes bien saillants, disséminés, asymétriques, dont la biopsie montre qu'il s'agit de lipomes purs.

Enfin, les 4 doigts de chacune des mains, car les orteils sont indemnes, montrent, tant au niveau de la 1^{re} que de la 2^e articulation interphalangienne, des coussinets surtout accentués au niveau des deux annulaires.

L'état général est bon.

La réaction de Frei est négative.

MM. TOURAINE et DUPERRAT concluent bien évidemment à un syndrome pluri-conjonctif, revêtant l'ampleur d'une maladie de système.

(Induration des corps caverneux, et rétraction de l'aponévrose palmaire par MM. TOURAINE et DUPERRAT, *Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, séance du 11 mars 1943).

HISTOPATHOLOGIE

L'histopathologie de ces accidents bénins a été abordée en 1907 par M. HALE WITE (*The quaterly journ. of Médecin*), puis poursuivie par E. CALEWSKY (*Arch. für Dermat.* 1920), G. HAUCK (*Med. Klinik.* 1924), MONCORPS, etc... Ce dernier a mentionné la ressemblance lésionnelle avec l'angiokératomatose de Mibelli. Un an auparavant, ce même trait avait été souligné par M. MILIAN qui rapprochait un tel syndrome cutané, et du chondritis annularis de l'oreille et du granulome annulaire.

C'est pourquoi en dépit de l'absence de formations tuberculoïdes, il concluait à son origine tuberculeuse.

Sans s'attarder outre mesure à des accointances encore mal établies, disons que la plupart des anatomo-pathologistes, résumés dans les auteurs hollandais, insistent sur : « l'hyperkératose très compacte, la dyskératose, l'acanthose nette, la structure papillomateuse ».

Nous empruntons à l'observation récente de MM. JAUSION, CALLIAU, CALOP et CHALOPIN, leur protocole histopathologique, particulièrement détaillé : l'épiderme est à la fois très hyperkératosique et papillo-

mateux, la couche cornée, qui a souvent l'épaisseur du corps muqueux, est composée de lamelles cohérentes de cellules kératinisées et anuclées. Par place, elle pénètre en coin dans le corps muqueux, s'enfonce dans une invagination de l'épiderme, et paraît délimiter ainsi des bourrelets, qui sont indistincts à l'examen clinique.

Cette pénétration correspond parfois, mais non toujours à un trajet sudoripare. Le corps muqueux et la germinative sont envahis par un œdème interstitiel et parenchymateux et par des cellules d'exocytose. L'exoplasme n'est que partiellement conservé; les cellules dyskératosiques sont rares.

Les papilles dermiques sont allongées, parcourues de vaisseaux ectasiés et souvent épaissis; le corps papillaire a perdu son aspect réticulé; il est hyalin, et fréquemment sclérosé. Quelques infiltrats discrets, faits de lymphocytes, d'histiocytes et de fibrocytes, entourent les vaisseaux. Une sclérose collagène a envahi les dermes moyens et inférieurs: les vaisseaux présentent des parois très épaisses, et des lumières parfois obstruées par des bourgeons endartéritiques.

Les nerfs apparaissent volumineux, en raison de l'épaississement de l'endonèvre et du périnèvre. A noter l'absence de glandes et d'appareil pilo-sébacés. Les glandes sudoripares sont composées de glomérule et de canaux excréteurs modifiés. De nombreux tubes excréteurs et sécréteurs sont ectasiés; leurs cellules sont dissociées, et l'assise musculaire, souvent détachée de l'épithélium, s'égare dans le tissu

conjonctif. Cette assise musculaire est parfois très hyperplasiée. Certains canaux excréteurs sont dilatés, kystiques, et leurs parois sont amincies : d'autres sont involués ou mal conformés.

On observe des cavités tubuleuses, bordées directement par des cellules épithéliales et myoïdes, qui paraissent dépourvues de vitrée, les cellules musculaires sont en contact intime avec les cellules glandulaires.

La différenciation myoïde est souvent prédominante ; les fibres lisses hyperplasiées sont groupées en petits faisceaux, ou égarés dans le conjonctif ambiant, comme on le voit dans certains cas de maladie de Reclus du sein. Les tubes excréteurs sont kystiques et involués, ou de conformation viciée. Leur lumière est élargie, déformée ; leurs parois sont amincies, parfois pourtant, ces parois sont épaissies et leur lumière est réduite. La kératinisation des trajets sudoripares se fait à peu près au niveau normal, c'est-à-dire un peu plus tôt que celle des cellules du corps muqueux.

Glomérules et appareils excréteurs sont dissociés par des fibrilles collagènes.

En résumé : kératinisation anormale de l'épiderme, avec sclérose dermique, altération vasculaire et nerveuse, lésions des appareils sudoripares ectasiés, involués, ou dysgénétiques et hyperplasie des fibres lisses.

ETIOLOGIE

D'après les cas rapportés par les auteurs nous voyons que les « Knuckle Pads » atteignent en général les sujets à partir de la deuxième enfance ; mais comme ils ne se résorbent jamais une fois développés, ils sont naturellement plus fréquents chez les gens âgés. Il n'y a donc pas de type sénile de Knuckle Pads. Archibald GARROD a observé douze cas de coussinets des Phalanges. Sur ces douze cas sept étaient masculins, cinq féminins. Chez un de ces malades, les lésions ne furent perçues pour la première fois qu'à 60 ans.

Chez un autre, elles ont pu être observées pendant 42 ans.

Ni syphilis, ni tuberculose, ni infections significatives, n'ont été dénoncées à l'origine de ces accidents bénins.

Un facteur génétique semble, au dire de certains auteurs (COSTE et MARCERON), présider à leur distribution apparemment fortuite.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Les coussinets des Phalanges pourraient être confondus avec :

- a) les Nodosités juxta-articulaires de Lutz-Jeanselme ;
- b) les Nodosités tuberculoïdes de Milian ;
- c) les Nodosités rhumatismales de Féréol, de Meynet, d'Heberden et de Bouchard ;
- d) les Tophi ;
- e) les Xanthomes ;
- f) les Verrues vulgaires ;
- g) les Callosités professionnelles ;
- h) les Nodules des trayeurs.

Nous allons successivement étudier les notions précises de siège, d'anamnétique, de métabolisme ou d'évolution de ces maladies, qui nous aideront à rejeter ces diverses rubriques pour nous en tenir au diagnostic souvent résiduel de Knuckles Pads.

A. — LES FORMATIONS NODULAIRES

Elles jouent en pathologie cutanée un rôle très important. Ce sont des formations circonscrites dont le siège est l'hypoderme. Nous basant sur leur évolution,

nous les classerons en nodosités aiguës, subaiguës et chroniques. Parmi ces nodosités, citons :

1°) *Les Nodosités Rhumatismales.*

Ces formations peuvent être rapprochées de l'érythème noueux. Bien qu'elles soient assez rares, plusieurs types en ont été décrits.

Elles affectent souvent des malades atteints de rhumatisme aigu ; elles atteignent le volume d'un pois et sont sous-cutanées ou intra-dermiques, de consistance ferme, de couleur pâle ou rosée, douloureuse au toucher. Leur durée peut être de 24 à 48 heures.

Féréol a décrit de ces formations siégeant au front. Elles sont indolentes, de nombre réduit, de durée éphémère.

MEYNET a de même décrit d'autres productions, sous-cutanées adhérentes en profondeur ; dures, élastiques, légèrement douloureuses, la peau à leur niveau ne présentant pas de rougeur. Elles sont situées au niveau de saillies osseuses, particulièrement sur le crâne et peuvent durer de quelques jours à plusieurs semaines.

2°) *Nodosités de Lutz-Jeanselme.*

Elles furent évoquées en 1891 par LUTZ, de passage à Honolulu, JEANSELME, en 1900, les a retrouvées en Indochine ; il les a décrites et dénommées.

Ce sont des nodosités sous-cutanées, arrondies ou lobulées, saillantes, de la grosseur d'un pois et même plus, mobiles sur les plans sous-jacents le plus sou-

vent, de consistance dure, indolores ; la peau est normale à leur niveau. Leur caractère particulier est de siéger au voisinage des articulations. Elles sont toujours multiples, d'une durée indéfinie, siégeant sur la face d'extension des genoux, des coudes, et même sur les crêtes osseuses. Souvent elles sont symétriques, elles disparaissent rarement ; plus rarement encore elles se ramollissent, s'ulcèrent ou se fistulisent. Leur étude histologique (Mlle ELIASHEFF en particulier) nous les montre formées de conglomerats fibreux plus ou moins dégénérés. On les observe dans les pays chauds, rarement dans les pays tempérés. On les découvre en Extrême-Orient surtout, dans tout le continent Africain, principalement en Afrique tropicale, à Madagascar, au Brésil, en Nouvelle-Guinée. Les indigènes sont électivement touchés ; les observations d'Européens atteints sont rares. L'étiologie de ces nodosités a donné lieu à de nombreuses hypothèses : mycoses (Gougerot), filariose par *Onchocerca volvulus* (OUZILLEAU et ses collaborateurs) ; Origine mécanique due à des attitudes professionnelles (JEANSELME). Certains auteurs, Van DIJKE et OUDENTAL, CLAPIER, y ont trouvé de nombreux spirochètes, sans toutefois pouvoir affirmer s'il s'agissait de *Treponema pallidum* ou de *Treponema pertenue*. Chez de tels malades le B. W. était toujours positif et le traitement par les arsénobenzènes très efficace.

3°) *Nodosités juxta-articulaires à structure tuberculoïde*, de MILIAN.

Parallèlement à un « rhumatisme chronique défor-

« mant, développé au cours d'une ostéite tuberculeuse », qui sert de rubrique au cas publié par M. MILIAN, sont apparues des « nodosités dermiques, sous-dermiques et juxta-articulaires. Les nodosités juxta-articulaires sont les plus intéressantes. Siégeant sur le dos des premières articulations phalangiennes et au coude, elles sont en connexion profonde avec l'article, comme l'a montré l'extirpation ; elles sont du volume d'un pois, mobiles sur les plans profonds malgré leur pédicule, et faisant corps avec les téguments un peu rosés et presque fluctuants ».

« Histologiquement, ces nodosités sont constituées par du tissu conjonctif fibreux, souvent en dégénérescence hyaline, et au sein duquel on rencontre de nombreux tubercules, mais que leur structure permet pourtant de rattacher, sans conteste, au bacille de Koch. En effet, leur centre est caséifié, et, au pourtour, on trouve une couronne de cellules conjonctives plus ou moins hypertrophiées, parmi lesquelles on rencontre de temps en temps une ou plusieurs cellules géantes, à deux, quatre, ou même dix ou douze noyaux ». (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 mai 1910).

B. — LES TOPHI

Particulièrement étudiés par Archibald GARROD et CHARCOT, les « Tophi » sont observés chez près de la moitié des goutteux. L'acide urique circulant en

grande quantité dans le sang, se dépose, non seulement dans les articulations et les tissus environnants, mais aussi dans les viscères et quelquefois dans la peau. Les dépôts uratiques dans le derme et le tissu cellulaire forment les tophi ; ces concrétions, variables en nombre, de une à dix, constituent des petites tumeurs, du volume d'un grain de mil à un petit pois. Leur siège d'élection est au pavillon des oreilles, dans la rainure, ou sur le bord tranchant de l'hélix.

Exceptionnellement on peut les voir aux ailes du nez, sur sa crête, aux paupières, au cuir chevelu. Souvent les tophi siègent au niveau des articulations des doigts. Ils apparaissent d'ordinaire après des accès de goutte et peuvent disparaître spontanément. A leur niveau quelquefois, la peau s'amincit, s'ulcère et livre passage à une matière plâtreuse, constituée surtout d'urate de soude.

C. — XANTHOME

Cette affection cutanée est caractérisée par de petites nodosités, dures, jaunâtres, à évolution très lente.

Particuliers aux paupières, on les rencontre aussi aux articulations des doigts. Parmi les différents types de xanthomes, susceptibles d'être confondus avec les Knuckle Pads, citons le xanthome tubéreux ou xanthome tubéreux multiple. Il s'observe à tout âge et même chez les enfants. Les éléments sont de grosseur variable, de la tête d'une épingle à celle d'une noisette. De couleur jaune d'or, ils sont quelquefois rou-

ges violacés. A la palpation, ils apparaissent tantôt mous, tantôt fermes. Leur topographie est souvent symétrique, généralement indolores, ils peuvent devenir gênants du fait de leur nombre.

D. — VERRUES VULGAIRES

Ordinairement multiples, elles ont une certaine électivité pour les faces dorsales et latérales des doigts. Elles forment des saillies arrondies, bien circonscrites, dont le volume varie d'une tête d'épingle à celui d'un pois ; leur coloration est soit grisâtre, soit gris noir ou jaunâtre. Leur surface mamelonnée se trouve parfois hérissée de saillies villeuses. Ces tumeurs sont généralement indolores, sauf autour des ongles qu'elles peuvent décoller.

L'histologie comparée des verrues vulgaires et des knuckle pads les différencie nettement.

E. — CALLOSITÉS PROFESSIONNELLES

Des callosités s'observent aux mains des ouvriers, et leur siège révèle la profession du sujet (forgerons, tailleurs, terrassiers, etc...).

Réactions de défense des téguments, les callosités ne sont pas spontanément douloureuses. Leur histologie nous montre un épaissement du derme avec hyperkératose. Du point de vue microscopique, les callosités professionnelles se présentent sous la forme de saillies jaunâtres ou pigmentées ; leur étendue varie avec la surface de peau soumise aux frottements.

F. — NODULES DES TRAYEURS

Les pustules de Cow-pox siégeant sur le pis et les trayons de la vache peuvent accidentellement et par contact direct infecter les mains des trayeurs. Il peut alors se former sur les doigts de ces derniers des pustules identiques à celle de la vaccine (Man-Pox), soit un ou plusieurs nodules fermes atones.

BAUDRY, le premier, décrivit le premier cas de ce genre (*Société française de Dermatologie*). Depuis de nombreux travaux furent publiés en Allemagne. Le premier FRIBOES, affirma la nature vaccinale de la lésion, et SCHULTZE montra expérimentalement sa parenté avec la vaccine.

Ces nodules se voient surtout pendant l'hiver, beaucoup plus souvent chez les femmes que chez les hommes, car les premières trayent plus fréquemment les vaches. L'incubation est d'environ huit à dix jours après le contact avec les vaches malades. Ces nodules varient en nombre ; une observation en a dénombré quarante. Généralement indolores, ils peuvent être prurigineux au début. Le nodule représente une petite masse rouge brun, plus ou moins hémisphérique, de consistance dure ; alentour la peau est saine et rougeâtre. Au sommet existe tantôt une couche épidermique grisâtre, squameuse ou parfois crouteuse, tantôt des apparences de vésicule. Au bout de trois semaines environ, le nodule regresse, prend l'aspect d'une verrue disparate, et ne laisse comme reliquat qu'un épaissement de la peau qui, à la longue disparaît sans laisser de cicatrice.

Du point de vue histologique le nodule est constitué au début par un infiltrat leucocytaire du derme avec congestion des papilles. Il se complique plus tard, d'un œdème considérable, dû au processus inflammatoire. Par la suite, la couche épithéliale devient acanthosique, avec digitations très longues, formées par les cônes interpapillaires. Au stade de regression du nodule on note, comme dans une verrue vulgaire, de l'hyperkératose avec acanthose.

Mais il est à croire qu'en dehors des vrais *nodules des trayeurs* qui viennent d'être décrits, les vaches peuvent encore présenter des callosités purement mécaniques du type *Tylositas Symetrica hallucis* de Tryb, des papillomes, des botryomycomes, des verrues du bétail, etc. : d'où l'interprétation de KLAUS GOYERT et l'assimilation qu'il fait des *Knuckles Pads* aux nodules des trayeurs.

PATHOGENIE

C'est très vraisemblablement aux irritations répétées et la plupart méconnues par les malades, qu'il faut rapporter, jusqu'à plus ample informé, la cause de ces productions dont la nature essentielle nous échappe. L'influence du traumatisme déterminant leur formation, est dans quelques exemples bien marquée et il ne semble pas improbable que leurs occupations aient quelque valeur dans leur étiologie.

Comme MM. JAUSION et CAILLIAU, MM. COSTE et MARCERON ont plaidé les microtraumatismes.

GARROD se basant sur l'histoire remarquable de son premier malade où plusieurs membres de la famille sont atteints par ces productions et de plus sont atteints d'un état goutteux manifeste, pense que leur formation en pareil cas n'est pas étrangère à la goutte.

PARKER WEBER pense que la dégénérescence d'une bursite ou d'un rudiment synovial peut être considéré comme l'origine des Knuckles Pads. Il nous semble que cette hypothèse peut être rejetée car jamais en tout cas, la ponction d'un coussinet des phalanges ne ramène le moindre liquide, ni ne décèle la moindre cavité centrale interstitielle.

De même nous éliminerons l'involution d'une tumeur glomique, car cette dernière est très douloureuse ordinairement et que les coussinets des phalanges, eux, sont indolores.

TRAITEMENT

La plupart des auteurs n'envisagent aucun traitement. En effet ces formations ne gênent pas le patient en général, à moins, bien entendu d'atteindre un gros volume.

Tout au plus peut-on les accuser de donner un aspect disgracieux.

M. JAUSION a diathermo-coagulé avec succès deux des coussinets de sa patiente. Le résultat, pour intéressant, ne saurait être tenu pour définitif, car l'une des cicatrices a été le siège d'un début de récidence.

CONCLUSIONS

D'après l'étude que nous venons de faire des Knuckles pads, nous pensons pouvoir conclure :

1°) La traduction française de M. TOURAINE des divers vocables étrangers désignant ces productions par la locution « Coussinets des Phalanges » nous paraît des plus heureuses, car elle suggère à l'esprit une image voisine de la réalité.

2°) Les Coussinets des Phalanges, décrits pour la première fois en 1893 à l'étranger, ont paru méconnus en France jusqu'à ces tout derniers temps. C'est à MM. JAUSION, CAILLIAU, CALOP et CHALOPIN, que semble revenir le mérite d'en avoir fourni la première relation française.

3°) Les Coussinets des Phalanges doivent être classés dans la catégorie des affections bénignes.

4°) Du point de vue histo-pathologique, les Coussinets des Phalanges nous montrent, en général, comme l'ont établi les examens de MM. JAUSION et CAILLIAU, une kératinisation anormale de l'épiderme, de la sclérose dermique, des altérations nerveuses et vasculaires, des lésions des appareils sudoripares ecta-

siés, involués ou dysgénétiques, et une hyperplasie nette des fibres lisses.

5°) L'intérêt capital de ces formations réside dans leur possible connexion avec la Maladie de Dupuytren, et dans la systématisation lésionnelle qu'on en pourrait déduire, notamment dans la notion du syndrome pluri-conjonctif décrit par M. TOURAINE. Mais bien que susceptible d'être évoquée, la maladie de système n'est pas démontrée, et les cas monosymptomatiques de Coussinets des Phalanges, sans concomitance d'autres atteintes fibro-conjonctives, paraissent assez nombreux.

6°) La transmission génétique de ces callosités dorso-digitales, probablement par dominance, paraît vraisemblable à COSTE et à TOURAINE. Il se pourrait alors, qu'associées ou non à la Maladie de Dupuytren, elles fussent héritées à titre de simple prédisposition et que des facteurs traumatiques ou microtraumatiques les développassent au cours de la vie.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
Gilbert GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

ÉTRANGÈRE

(Alphabétique)

- CAROL (W. L. L.), MOUWEN (E. L. J.), POSTMA (C.), PRAK-
KEN (J. R.). — *Arch. Dermat.* 176-487 (1938).
- GALEWSKI (E.). — *Arch. für Dermat.*, 120-491 (1920).
- GARROD. — *Brit. Med. Journal* (1904) 11.8.
- GOTTRON. — *Arch. für Dermat.* 172-157 (1935).
- HALBINGER (L.). — *Inaug. Diss.* München (1937).
- HALE WITE (W.). — *The quaterly journ. of Med.*, 1.479
(1907).
- HAUCK (G.). — *Med. Klinik.* (1924).
- KRAUTZ (W.). — *Dermat. Wochenschr.*, (1938) 11.945.
- LEEUWEN (Th. M. Van). — *Ned. Tijdschr. V. Geneesk*
(1939) 11.1782.
- MONCORPS. — *Zutralbt. Haut. U. Geschl. Krkh.*, 42.32.
1932.
- OPPENHEIM (M.). — *Die Haut und Geschlechtskrankhei-*
ten (Arzt und Zieler) Band II, 606 : (1935).

OSTERMANN. — *Diss. Hamburg* (1939).

PARKES WEBER. — *Britisch Journal Dermat.* (1938) 26.

SAVATARD (L.). — *Arch. of Dermat. and Syph.*, IX. 44
(1924).

SKLARET (B.). — *Arch. für Dermat.*, 85.121 (1917).

WÖRNER (H.). — *Arch. für Dermat.*, 108.162 (1911).

WALLACE JONES. — *Brit. Med. Journ.* (1923) 1.759.

FRANÇAISE

(Chronologique)

COUSSINETTS DES PHALANGES,

par MM. JAUSION, CAILLIAU, CALOP et CHALOPIN,
Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie,
séance du 21 mai 1942.

COUSSINETTS DES PHALANGES,

par M. TOURAINÉ,
par MM. SÉZARY et BOLGERT,
par MM. COSTE, MARCERON et Mlle TISSIER,
Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

MALADIE DE DUPUYTREN D'ORIGINE PROFESSIONNELLE,

par MM. COSTE et SICARD,
Bulletin Officiel de la Société de Médecine légale,
séance du 11 janvier 1943.

COUSSINETS DES PHALANGES,

par MM. JAUSION et MASPOLI,

à paraître dans la *Gazette Médicale de France*.

NOUVEAU CAS DE COUSSINETS DES PHALANGES, SANS AUTRE
DÉTERMINATION CONJONCTIVE.

par MM. JAUSION, CAILLIAU et MASPOLI.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, séance du 11 mars 1943.

INDURATION DES CORPS CAVERNEUX ET RÉTRACTION DE
L'APONÉVROSE PALMAIRE.

par MM. TOURAINE et DUPERRAT,

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, séance du 11 mars 1943.

